**Formulario 4**

Aviso sobre la continuación de la hospitalización

Sr./Sra. (Nombre del paciente de hospitalización voluntaria)

Fecha (dd/mm/aaaa): / /

[Sobre la restricción al alta durante la hospitalización voluntaria]

La restricción al alta durante la hospitalización voluntaria es un sistema por el que, cuando un paciente de hospitalización voluntaria solicita el alta, se decide continuar con la hospitalización solo hasta por 72 horas de aquellos pacientes que se ha determinado que necesitan continuar la hospitalización para recibir atención médica y protección, conforme al resultado del examen realizado por un médico designado de salud mental o un médico específico.

Hemos recibido su solicitud de alta, pero como resultado del examen realizado por (☐ Médico designado de salud mental / ☐ Médico específico), se ha considerado que Usted necesita ser hospitalizado por las siguientes razones y propósitos. Por lo que, el (dd/mm/aaaa): / / (☐ a.m. / ☐ p.m., : ) se ha determinado continuar con su hospitalización.

Su hospitalización se debe a la restricción al alta durante la hospitalización voluntaria conforme a lo establecido en el [☐① párrafo 3, ☐② párrafo 4 última parte] del Artículo 21 de la Ley de Salud Mental y Bienestar de Personas con Enfermedades Mentales

[Sobre las razones de hospitalización]

1. Como resultado del examen médico, se ha determinado que usted padece la siguiente afección:

① Alucinaciones e ideas delirantes (tiene alucinaciones e ideas delirantes, que les dificulta distinguirlos de la realidad).

② Estado de agitación psicomotora (aumentan sus impulsos y voluntad, se emocionan fácilmente, les dificulta controlarse por sí mismo).

③ Estupor (dificultad para responder al mundo exterior debido a una fuerte inhibición de la fuerza de voluntad y una confusión grave).

④ Depresión (persiste un estado de ánimo bajo, pensamientos pesimistas, pérdida de interés o alegría).

⑤ Trastorno bipolar (estado de ánimo persistentemente elevado, expansivo o irritable, etc.).

⑥ Delirio y estado de enturbiamiento de la conciencia (nivel reducido de alerta debido a alteración de la conciencia).

⑦ Estado de demencia (la función cognitiva disminuye, interfiriendo con la vida diaria en general).

⑧ Estado de esquizofrenia residual, etc. (dificultad en las actividades de la vida diaria, juicio social y desempeño funcional debido a la discapacidad).

⑨ Otro ( )

1. Ha sido hospitalizado por las siguientes razones:

Dado que no es posible brindar un tratamiento suficiente en las consultas ambulatorias, la hospitalización es necesaria para brindar atención médica integral.

Es necesaria la hospitalización para garantizar su seguridad durante el diagnóstico y tratamiento.

Otro ( )

Continua en el reverso

[Sobre la vida durante la hospitalización]

1. Durante su hospitalización, podrá recibir y enviar cartas y postales sin restricciones. Sin embargo, si se determina que hay un objeto extraño en el sobre, es posible que se le solicite que lo abra junto con un personal del hospital y puede ser que el objeto extraño sea conservado en el hospital.
2. Durante su hospitalización, no se restringirán las llamadas telefónicas ni entrevistas con los funcionarios de organizaciones gubernamentales que defiendan los derechos humanos, abogados que lo representen, ni las entrevistas con abogados que deseen representarlo a pedido suyo o de su familia. Sin embargo, las llamadas telefónicas y entrevistas con otras personas que no sean las mencionadas pueden restringirse temporalmente según su condición de salud por indicaciones de su médico.
3. Durante su hospitalización, podemos restringir sus comportamientos si es absolutamente necesario para su tratamiento.
4. En cuanto a su período de hospitalización, comprobaremos periódicamente la necesidad de hospitalización.
5. Durante su hospitalización, haremos todo lo posible para que su condición mejore. Si tiene alguna duda o inquietud sobre su tratamiento o su vida durante la hospitalización, no dude en hablar con el personal del hospital.
6. Si aun así no esté conforme con su hospitalización o su vida hospitalaria, usted o su familia pueden reclamar al Gobernador de la prefectura para que dé instrucciones para el alta o mejora del tratamiento hospitalario. Si desea obtener más información sobre esto, consúltelo con el personal del hospital, o comuníquese al siguiente contacto.

Información de contacto del gobierno local (incluido el número de teléfono)

1. Si ha sufrido abuso por parte del personal del hospital durante su hospitalización, puede denunciarlo por el siguiente medio. Además, si se percata que otro paciente hospitalizado sufre abusos por parte del personal del hospital, también denúncielo al siguiente contacto.

Información de contacto del gobierno local para denunciar abusos (incluido el número de teléfono)

Nombre del hospital:

Nombre del Administrador:

Nombre del médico designado o médico específico:

Nombre del médico tratante: